

N° SOLICITUD: _____

**SOLICITUD DE INCORPORACION A LA RED CERRADA
DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTROFICAS
CAEC Y GES-CAEC**

Antecedentes Afiliado o Beneficiario

Nombre del Afiliado _____ RUT del Afiliado _____

Nombre del Paciente _____ RUT del Paciente _____

Domicilio _____ Ciudad _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Of. : _____ Celular _____

Diagnóstico GES _____

Diagnóstico CAEC _____

Tratamiento a seguir _____

Médico Tratante _____ Especialidad _____

Institución _____

Hospitalizado SI _____ NO _____ Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Institución _____

Fue Traslado SI _____ NO _____ Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Identificación del Representante

Nombre _____

RUT _____ Relación _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Of. : _____ Celular _____

IMPORTANTE:

Isapre Nuevas Masvida S.A, informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir sólo cuando ingrese a la RED y firme la aceptación de la “Derivación a la Red Cerrada de Atenciones CAEC o GES-CAEC”, documento que estará a su disposición o de su familiar responsable a mas tardar el día subsiguiente hábil a la fecha de esta solicitud, en cualquiera de nuestras sucursales.

El afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma estampada en el Formulario N°2, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación.

Tomé conocimiento _____

Firma

Agencia _____ Fecha Recepción ____ / ____ / ____

Funcionario Receptor _____ Hora de Recepción _____